ITEM 149 : ANGINES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

Angine = amygdalite = atteinte inflammatoire d'origine infectieuse de l'oropharynx touchant les amygdales.

⇨ Pas de rhinite associée, sinon = rhino-pharyngite = toujours virale.

⇨ Microbiologie : virales^{++} (70 % chez l'enfant, 90 % chez l'adulte : rhinovirus, adénovirus, virus influenzae, virus respiratoire syncytial VRS, virus parainfluenzae, coronavirus, VIH, adénovirus, EBV, CMV), sinon bactérien SBHA ou streptocoque pyogène.

ÉPIDEMIO

- Pathologie fréquente, 9 millions/an en France, majoritairement bénigne.
- Rare avant 18 mois et chez l'adulte.
- Nombreuses prescriptions d'antibiotiques (France = un des plus gros consommateurs européens d'antibiotiques).
- Colonisation sans caractère pathologique : *Haemophilus influenzae, Haemophilus para-influenzae, Branhamella catarrhalis (ex- Moraxella catarrhalis)*, pneumocoque, staphylocoque (pas de traitement).

PHYSIOPATHOLOGIE

- Naissance : défense anti-infectieuse immunitaire par les **IgG maternelles** (passive et temporaire pendant 6 mois) avec mise en place progressive de ses propres moyens d'acquisition immunitaire (tissu lymphoïde).
- Pénétration des antigènes par les fosses nasales.
  1. Contact avec la muqueuse du rhinopharynx → Développement de **l'amygdale pharyngée** (végétations adénoïdes).
  2. Contact avec l'oropharynx → Développement de **l'amygdale palatine.**
  3. Contact avec le tube digestif → Développement des **plaques de Peyer.**
- Hypertrophie des végétations adénoïdes et amygdales palatines = **réaction normale** d'un organisme en voie de maturation immunitaire.
- Angine : réaction inflammatoire du tissu lymphoïde lors d'une contamination.
- Adulte : régression des tissus lymphoïdes (angines plus rares).

Transmission	- Contamination par voie aérienne à partir d'un porteur sain (5 % de la population pour le SGA) ou malade. - Rapports oro-génitaux pour le gonocoque et la syphilis.
Pathogenèse	- Risque de complications loco-régionales suppuratives des infections bactériennes. - Risque de complications générales : • Complications toxiniques : SGA toxinogène (scarlatine), diphtérie. • Complications immunologiques post-streptococciques.

C

- Syndrome : fièvre + douleur pharyngée spontanée augmentée à la déglutition (odynophagie) + inflammation de l'oropharynx et des amygdales, otalgie réflexe.
- Autres symptômes possibles : douleurs abdominales (enfants), éruption, signes respiratoires (étiologie virale^{++}).
- Adénopathies satellites souvent présentes.

FORMES CLINIQUES

Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée

Épidémiologie

80-90 % des angines.

Origine virale	Origine bactérienne
60-75 % des enfants 75-90 % des adultes	SGA chez 25-40 % des enfants SGA chez 10-25 % des adultes
Adénovirus +++ **EBV** **VIH** (primo-infection) CMV Rhinovirus, coronavirus, VRS, Myxovirus influenzae et parainfluenzae	Streptocoque beta-hémolytique du groupe A (SGA) Streptocoques B, C, F, G Gonocoque, scarlatine (SGA avec toxine érythrogène responsable de l'éruption) Fuso-spirillaire Anaérobies
Recherche des FdR pour une primo-infection VIH	**Pas de SGA avant l'âge de 3 ans** Pic entre 5-15 ans
Début progressif Dysphagie modérée ou absente Présence de toux, coryza, enrouement, diarrhée	Début brusque Odynophagie intense Absence de toux Fièvre élevée
Vésicules (herpangine, gingivostomatite) Éruption (syndrome pieds-mains-bouche) Conjonctivite	Érythème pharyngé intense Purpura du voile Exsudat ADP satellites sensibles Éruption scarlatiniforme Douleurs abdominales

C

- **Fièvre, odynophagie, adénopathies cervicales, douleur constrictive spontanée de l'oropharynx.**
- Dans 50 % des cas : **toux, rhinorrhée, conjonctivite, enrouement** (origine plutôt virale).
- Évolution naturelle favorable des angines à SGA en **3-4 jours** (même en absence de traitement).

			Érythémateuse (= rouge)	- Le plus souvent d'origine virale. - Hypertrophie **érythémateuse** des amygdales, pharynx inflammatoire. - Inaugure ou accompagne une maladie infectieuse spécifique (oreillons, grippe, rougeole, rubéole, varicelle, poliomyélite…) - Peut constituer le 1er signe d'une **scarlatine** (SGA) : fièvre à 40 °C, vomissements, aspect rouge vif du pharynx, des amygdales et des bords de la langue, absence de catarrhe rhinopharyngé.
			Erythémato-pultacée (= blanche)	- Succède souvent à la forme érythémateuse. - Hypertrophie des amygdales inflammatoires + **enduit pultacé** (gris-jaunâtre à blanchâtre, punctiforme ou en traînées, mince et friable, **non adhérent**) découvrant une muqueuse congestive. - Signes fonctionnels souvent plus marqués.
		Score de Mac Isaac	- À réaliser chez l'adulte. - Score clinique.	
			Fièvre > 38 °C	1 point
			Présence d'un exsudat ou augmentation du volume amygdalien	1 point
			Adénopathies cervicales douloureuses	1 point
			Absence de toux	1 point
			Âge 15 – 44 ans	0 point
			Âge ≥ 45 ans	- 1 point
			- Score < 2 : VPN > 95 % pour éliminer l'origine streptococcique de l'angine. - Score = 1 : probabilité d'infection par le SGA = 5 %. →TDR à réaliser uniquement si score ≥ 2.	
		PC	- **Test de diagnostic rapide** (TDR) : • À réaliser devant une **angine érythémateuse ou érythémato-pultacée si ≥ 3 ans**, et chez l'adulte si **score de Mac Isaac ≥ 2.** (Sp 95 %, Se entre 80-98 %). • Non réalisé chez l'enfant de moins de 3 ans (angine bactérienne rare). • Gratuit sur demande à l'Assurance maladie. • Étapes du TDR : 1. Prélèvement : écouvillonnage direct des amygdales ou du pharynx par le médecin en cabinet. 2. Mise en contact du produit avec les réactifs. 3. Immersion du test. 4. Lecture du test en 5 minutes (mise en évidence des antigènes de paroi polysaccharide C de *Streptococcus pyogenes*). → **Si positif : antibiothérapie.** **- Culture en cas de contexte à risque avec TDR négatif** (Se et Sp entre 90-95 %, résultat en 1-2 jours) **:** • ATCD personnel de rhumatisme articulaire aigu (RAA). • Âge entre 5-25 ans + ATCD d'épisodes multiples d'angines à SGA ou notion de séjour en région d'endémie de RAA, et éventuellement à certaines facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée). **- MNI-test** (voire sérologie EBV) si suspicion de mononucléose infectieuse. - **Sérologie VIH** si suspicion de primo-infection VIH (TDR négatif et facteurs de risque). - **NFS-plaquette** si angine pseudomembraneuse ou ulcéro-nécrotique.	
		PEC	**Angine prouvée à SGA**	- Buts de l'antibiothérapie : • Diminuer la **durée des symptômes.** • Prévenir les **complications post-streptococciques** non suppuratives (RAA, mais pas la GNA) et réduire le risque de suppuration loco-régionale. • Diminuer la fréquence et la durée du portage donc de la **contagiosité.** - Modalités de l'antibiothérapie : • 1re intention chez l'enfant > 3 ans : **amoxicilline 50 mg/kg/24 h** en 2 prises pendant 6 jours. • 1re intention chez l'adulte : **amoxicilline 2 g/j** en 2 prises pendant 6 jours. • Si allergie aux pénicillines : céphalosporine orale (céfuroxime-axétil chez l'adulte pendant 4 jours, cefpodoxime-proxétil chez l'enfant ou l'adulte pendant 5 jours). • Si contre-indication aux bêta-lactamines **: macrolide** (azithromycine pendant 3 jours, clarithromycine ou josamycine pendant 5 jours). Attention, SGA résistants aux macrolides dans < 10 % des cas, mais leur utilisation nécessite un prélèvement de gorge pour culture et antibiogramme.

			Pression antibiotique	- **Communication importante** car patients demandeurs d'antibiotiques (**résistance du patient**), mais la résistance aux antibiotiques est **une des plus graves menaces** pesant sur la santé mondiale (OMS) : chaque prescription d'antibiotique met en balance les **effets bénéfiques à court terme** et les **effets néfastes** sur la flore commensale et pour l'écologie bactérienne (sélection de bactéries multirésistantes). - Pas d'antibiotique chez l'enfant < 3 ans.
			Angine non liée au SGA	- Streptocoques C, G, F, *Arcanobacteriuem haemolyticium* rarement en cause avec complications exceptionnelles. - Gonocoque rarement en cause et pas toujours sensibles à la pénicilline et ne poussent pas sur les milieux de culture utilisés pour les angines à streptocoques. → Pas de traitement systématique par pénicilline pas de prélèvement de gorge systématiquement pour dépister et traiter ces patients.
			Mesures symptomatiques	- Règles d'hygiène : **lavage des mains.** - **Traitement antalgique** : paracétamol (AINS et corticoïdes non recommandés). - **Arrêt de travail de 3 jours** (à adapter selon la sévérité des symptômes, l'âge, la condition physique, le travail en milieu sanitaire ou au contact de populations fragiles). - **Éviction scolaire pendant 2 jours après le début de l'antibiothérapie si angine à SGA ou scarlatine.**
		Complications (1 %) ***Cf infra.***	Signes orientant vers une complication : **- Fièvre > 3 jours ou réapparition de la fièvre après 3 jours.** **- Persistance des symptômes > 10 jours.** **- Gêne respiratoire.** **- Conjonctivite purulente.** **- Œdème palpébral.** **- Éruption cutanée.** **- Troubles digestifs.** → Réévaluation rapide.	
			Syndromes post-streptococciques	- **Glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique :** • Œdémateuse ou hématurique. • 10-20 jours après l'angine streptococcique. • Évolution en général favorable chez l'enfant, mais possible insuffisance rénale irréversible chez l'adulte. - **Rhumatisme articulaire aigu :** • Souches rares en métropoles mais plus fréquentes dans les DOM TOM. • 15-20 jours après l'angine : de façon brutale et parlante par une polyarthrite ou de façon insidieuse par une cardite modérée inaugurale. • Manifestations articulaires : polyarthrite mobile, migratrice, asymétrique des grosses articulaires (douleurs limitant la mobilité, rougeur, chaleur, tuméfaction). • Manifestations cardiaques = élément pronostique essentiel (risque d'insuffisance cardiaque, séquelles valvulaires) : ○ Atteinte endocardique (+ grave) : au début souffle d'insuffisance (mitrale > aortique) puis souffle de sténose. ○ Atteinte myocardique : insuffisance cardiaque (mauvais pronostic) avec troubles du rythme, de la repolarisation, de la conduction, volume cardiaque augmenté à la radio. ○ Atteinte péricardique (peu fréquente) : douleurs précordiales, frottement péricardique, augmentation de la silhouette cardiaque, troubles de la repolarisation. → Confirmation par échographie cardiaque. - **Nodosités de Meynet** (exceptionnelles) : sous-cutanées, fermes, indolores, 1 mm à 2 cm, en regard des surfaces osseuses et des tendons, (coudes, genoux, poignets, chevilles), pendant 1-2 semaines. - **Érythème marginé** : évolution fugace, macules rosées non prurigineuses, à la racine des membres et sur le tronc. - **Érythème noueux.** - **Chorée de Sydenham** : mouvements involontaires, désordonnés, anarchiques, diffus et bilatéraux. - **Signes généraux** : fièvre répondant aux anti-inflammatoires, douleurs abdominales (adénolymphite mésentérique, foie cardiaque), hyperleucocytose, marqueurs inflammatoires élevés.

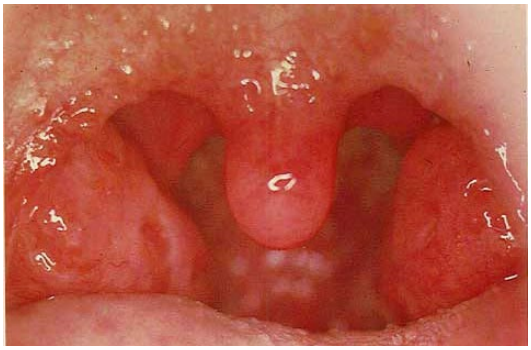
				- Traitement curatif : • Syndromes majeurs : repos au lit 3 semaines, corticothérapie, injection unique de benzathine pénicilline G ou pénicillines V orales pendant 10 jours. • Syndromes mineurs : salicylés, pénicilline V. - Prophylaxie secondaire : **benzathine-pénicilline G toutes les 3-4 semaines par voie IM** (si mauvaise tolérance, possible pénicilline V quotidienne et en cas d'allergie macrolide) pendant **≥ 5 ans.**
			Complications toxiniques post-streptococciques	- Scarlatine. - Choc toxique streptococcique.
	Angine pseudo-membraneuse	**C**	- Hypertrophie des amygdales inflammatoires + **fausses membranes confluentes épaisses, nacrées ou grisâtres, extensives.**	
		Étiologies	**Mononucléose (EBV)**	- Plus **fréquent** que la diphtérie. - Adolescent/adulte jeune, transmission par la salive. - Incubation 4-6 semaines. - Asthénie, fièvre pendant 10-15 jours. - Fausses membranes **non adhérentes**, en regard des amygdales et **respectant la luette.** - Purpura du voile du palais, splénomégalie (50 %), exanthème maculeux ou maculo-papuleux (10 %, surtout si amoxicilline ≠ allergie), polyadénopathie. - Évolution généralement bénigne (mais asthénie persistante plusieurs semaines).
			Diphtérie (Corynébactérie du complexe *diphteriae*)	- Exceptionnelle, bacille gram positif. - Notion de voyage en Europe de l'Est ou dans les pays en développement, absence d'immunité vaccinale. - Incubation < 7 jours. - Malaise, fièvre modérée, signes d'imprégnation toxinique (pâleur, tachycardie). - Fausses membranes extensives, **adhérentes**, débordant les amygdales, **envahissant la luette.** - Coryza (jetage nasal) unilatéral. - Adénopathies satellites sous-angulo-maxillaires.
			Rares	Staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, CMV, VIH.
		PC	**Mononucléose**	- **Hémogramme avec plaquettes et frottis sanguin** : syndrome mononucléosique avec mononucléose hyperbasophile. - **Cytolyse hépatique modérée.** - **MNI-test positif** (peu sensible chez l'enfant). - Si MNI-test négatif : **sérologie avec IgM anti-VCA positif sans anticorps anti-EBNA** (Se et Sp mais coûteux).
			Diphtérie	- Hémogramme : **hyperleucocytose à PNN.** - Prélèvement de gorge : **corynébactéries** (bacilles Gram positifi) à l'examen direct et à la culture. - PCR : **gène de la toxine.**
		PEC	- Mononucléose infectieuse : **antalgiques et antipyrétiques.** - Forme grave/compliquée avec hospitalisation : **corticothérapie** après avis spécialisé. - Diphtérie : • Déclaration obligatoire à l'ARS si diphtérie avec précautions complémentaires gouttelettes et éviction de la collectivité au moins 24 h après la fin de l'antibiothérapie. • Urgence thérapeutique avec pronostic vital engagé, avec hospitalisation nécessaire → **Sérothérapie antidiphtérique** (10 000 à 20 000 UI chez enfant, 30 000 à 50 000 UI chez adulte) + **antibiothérapie** (amoxicilline) + **vaccination** (maladie non immunisante). • Prophylaxie des sujets contacts proches par vaccination, écouvillonnage pharyngé et antibioprophylaxie. • Prophylaxie collective par vaccination. - Éviction de la collectivité si scarlatine.	
		Complications	- Complications de la mononucléose infectieuse : anémie hémolytique, purpura thrombopénique, atteinte neurologique, rupture de rate. - Complications de la diphtérie : • **Croup** : bacilles sur le larynx, provoquant une asphyxie par obstruction des voies aériennes. • Myocardite. • Atteinte neurologique périphérique avec paralysie voire décès (10 %).	

Angine vésiculeuse	**C**			- **Vésicules** sur la muqueuse pharyngée inflammatoire, parfois les amygdales. - Rupture rapide des vésicules pour laisser place à des **érosions** recouvertes d'un enduit jaunâtre et entourées d'un halo inflammatoire. - Touche surtout l'enfant, très douloureuse. - Pas d'examen complémentaire. - Évolution naturelle vers la guérison.
	Étiologies			- **Toujours virales** : **HSV** ou **entérovirus** (échovirus et coxsackie). - Enfant < 7 ans : **Coxsackie A** = **tableau d'herpangine** avec début brutal estival, guérison rapide en 2-4 jours, possible **syndrome main-pied-bouche.** - Adulte : souvent associée à une gingivostomatite marquée très douloureuse (**primo-infection HSV-1**). - Rarement : **zona du glossopharyngien** (angine vésiculeuse unilatérale + douleurs très importantes).
	PEC			- **Traitement symptomatique** : soins de bouche (selon l'âge), antalgiques/anti-pyrétiques, réhydratation. - Antiviral en cas de primo-infection herpétique.
	Complications			**Gingivo-stomatite herpétique sévère** (empêchant l'alimentation).
Angine ulcéreuse et ulcéro-nécrotique	**C**			- **Unilatérale avec odynophagie unilatérale.** - **Ulcération amygdalienne** (possible extension au voile du palais ou à la partie postérieure du pharynx)**, fièvre, adénopathies cervicales.** - Évolution dépendant de l'étiologie infectieuse ou tumorale.
	Étiologies	**Angine de Vincent +++**		- Mauvais état dentaire. - Association fuso-spirillaire : *Fusobacterium* (anaérobie) et *Borrelia* (spirochète). - Fièvre modérée, haleine fétide, odynophagie latéralisée, ulcération **douloureuse** unilatérale **profonde**, souple au toucher, recouverte de membranes grisâtres **non adhérentes**, adénopathie satellite. - Risques de complications locales suppurées : phlegmon péri-amygdalien, syndrome de Lemierre.
		Chancre syphilitique		- Prise de risque sur le plan sexuel. - *Treponema pallidum.* - Absence de signes généraux, ulcération unilatérale **indolore peu profonde**, indurée (contagieuse), adénopathie unilatérale indolore. - Diagnostic par la sérologie.
		Autres causes (plus rares)		- **Agranulocytose sur hémopathie ou cancer ORL.** - À évoquer systématiquement devant un tableau d'angine ulcéro-**traînante**, rebelle au traitement antibiotique, avec **AEG.** - Ulcération **bilatérale** lors d'une agranulocytose, **unilatérale** lors d'un cancer ORL (terrain alcoolo-tabagique). - Recherche d'adénopathies, splénomégalie.
	PC			- Prélèvement avec examen direct (recherche de l'association fuso-spirillaire). - **NFS avec plaquettes (recherche d'une hémopathie).** - Sérologie syphilis. - Sérologie VIH systématiquement proposée.
	PEC			- Angine de Vincent : **antibiothérapie** (amoxicilline, métronidazole si allergie) **+ suivi bucco-dentaire** (avec panoramique dentaire). - Chancre syphilitique : **antibiothérapie** (benzathine pénicilline G 2,4 MU en injection unique) **éduction à la prévention des IST.** - Autres traitements selon les causes identifiées.
	Complications			- Syndrome angine-infarctus pulmonaire. - **Syndrome de Lemierre** : • Thrombophlébite jugulaire septique + emboles pulmonaires. • 4-5 jours après une pharyngite. • État fébrile, AEG, dyspnée, douleurs pleurétiques, hémoptysie, douleurs ostéo-articulaires, abdominales, ictère (possibles autres symptômes selon la localisation des emboles septiques). • Scanner cervicothoracique injecté. • Antibiothérapie empirique : amoxicilline-acide clavulanique ou carbapénème ou métronidazole pendant 6 semaines (dont 2 semaines par voie IV). • Drainage des collections purulentes et débridement des tissus nécrotiques. • Mortalité : 5 %.

<table>
<tr><td rowspan="3">COMPLICATIONS SUPPURATIVES LOCO-REGIONALES</td><td>Phlegmon péri-amygdalien</td><td colspan="2">- Suppuration localisée entre l'amygdale et sa loge, faisant souvent suite à une angine évoluant depuis plusieurs jours (mais inaugural dans 10 % des cas).
- Trismus, élargissement du pilier antérieur du côté atteint, masquant presque complètement l'amygdale, œdème de la luette qui est refoulée du côté opposé, adénopathies cervicales satellites.
- Fièvre élevée, odynophagie majeure à prédominance unilatérale, otalgie réflexe, voix modifiée de « patate chaude », hypersalivation.
- Phlegmon antérieur : bombement prédominant au pôle supérieur du pilier antérieur.
- Phlegmon postérieur (+ rare) : pilier postérieur en bourrelet vertical blanchâtre, œdématié (souvent sans trismus).
- Traitement :
• Adulte : ambulatoire si alimentation orale possible et ponction à l'aiguille ou drainage ayant ramené du pus, sinon hospitalisation.
• Enfant : hospitalisation systématique.
→ Antibiothérapie orale ou IV (avec relais PO) pendant 10 jours au total : amoxicilline-acide clavulanique (si allergie : C3G + métronidazole ou clindamycine puis relais oral par clindamycine ou pristinamycine) + dose unique de corticoïdes.
→ Amygdalectomie en cas de forme récidivante.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Infections péri-pharyngées</td><td>Infections rétropharyngées et rétrostyliennes</td><td>- Plus souvent chez l'enfant (régression des ganglions rétro-pharyngés et rétrostyliens vers 7 ans).
- Rhinopharyngites plus souvent en cause que les angines.
- Signes de rhinopharyngite : fièvre, rhinorrhée, odynophagie, toux.
- Âge < 7 ans.
- Torticolis (difficulté d'extension céphalique).
- Dyspnée, sialorrhée.
- Tuméfaction latérocervicale haute mal limitée.
- À l'abaisse-langue : tuméfaction médiane (adénite rétropharyngée) ou latérale rétroamygdalienne (adénite rétrostylienne) de la paroi pharyngée.</td></tr>
<tr><td>Infections préstyliennes</td><td>- Plutôt chez l'adolescent et l'adulte.
- Étiologies : foyers dentaires > phlegmons péri-amygdaliens > portes d'entrée amygdaliennes.
- Souvent abcédées.
- Contexte d'angine et surtout de phlegmon péri-amygdalien.
- Âge adulte (mais possible chez l'enfant).
- Torticolis (empêchant la rotation céphalique).
- Trismus, sialorrhée.
- Tuméfaction latérocervicale haute parotidienne et sous-mandibulaire.
- Découverte lors de l'examen à l'abaisse-langue.
/!\ Recherche de comorbidités associées et de cancer surinfecté des VAS si terrain alcoolique et/ou tabagique.</td></tr>
<tr><td>Cellulite cervicale</td><td>- Infection des espaces celluleux (zones tissulaires graisseuses séparant entre eux les fascisas) = fasciite nécrosante = infection nécrosante des tissus mous.
- Souvent suite à des infections préstyliennes sur angine ou phlegmon péri-amygdalien avec diffusion rapide aux régions parotidienne, sous-mandubulaire, rétrostylienne puis rétropharyngée et médiastinale.
- Placard inflammatoire cervical extensif (stade pré-suppuratifs sans collection) avec abcédation secondaire (stade suppuratif ou collecté) +/- crépitants sous-cutanés.</td></tr>
<tr><td>Adénophlegmon (= abcès parapharyngé)</td><td colspan="2">- Collection purulente d'une des adénopathies cervicales périphériques de l'angine.
- Douleurs cervicales puis torticolis fébrile et AEG.
- Possible prise en charge ambulatoire exclusive.
- Biologie et imagerie inutiles en l'absence de complication.
- Traitement : antalgiques/antipyrétiques + antibiothérapie orale (couvrant les staphylocoques méthi-S et les SGA : amoxicilline-acide clavulanique et si allergie : métronidazole + pristinamycine ou josamycine) pendant 10-14 jours (au moins 5 jours après résolution complète des symptômes).
- Réévaluation clinique à 48-72h, évolution en général favorable en 2-3 jours.
- En l'absence d'amélioration : hospitalisation avec recherche d'une collection (érythème faisant craindre une fistulisation, masse fluctuante, échographie ou scanner).
- Ponction aspirative = alternative pour analyse bactériologique et thérapeutique (à répéter en cas de récidive)
- Conditions du retour à domicile :
• Masse cervicale en cours de diminution de volume.
• Bon état général.
• Retour à l'apyrexie depuis au moins 48 heures.
- Après retour à domicile : antibiothérapie orale pendant au moins 5 jours après résolution des symptômes.
- Possible persistance prolongée (plusieurs semaines/mois) d'une masse cervicale palpable.</td></tr>
</table>

INDICATIONS D'HOSPI-TALISATION	- Complications de l'angine streptococcique. - Angine aphagiante. - Diphtérie. - Certaines complications de la mononucléose infectieuse. - Gingivo-stomatite herpétique sévère empêchant l'alimentation. - Angine de Vincent.
TRAITEMENT COMMUN	- Antibiothérapie : SGA, angine de Vincent, diphtérie, gonocoque, chancre syphilitique. - Traitement symptomatique dans tous les cas : antalgiques/antipyrétiques (paracétamol 60 mg/kg/j), pas de corticoïdes/AINS (sauf certaines formes sévères à EBV ou complications de la diphtérie).

Angine érythémateuse



Angine vésiculeuse

Angine érythémato-pultacée